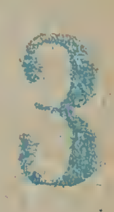
6

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS 

Année 1905

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905, à 1 heure

Par LÉON GIRARD

Ex-interne des hôpitaux de Besançon
Lauréat de l'École de Médecine de Besançon

DES

TUMEURS EXTRA-INGUINALES

DU LIGAMENT ROND

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.
AUVRAY, agrégé.
MORESTIN, agrégé.

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
Henri JOUVE
15 — Rue Racine — 15
1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Mardi 18 Juillet 1905, à 1 heure

Par Léon GIRARD

Ex-interne des hôpitaux de Besançon
Lauréat de l'École de Médecine de Besançon

DES

TUMEURS EXTRA-INGUINALES

DU LIGAMENT ROND

Président : M. LE DENTU, professeur.

Juges : MM. POIRIER, professeur.
AUVRAY, agrégé.
MORESTIN, agrégé.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Henri JOUVE

15 — Rue Racine — 15

1905

UNIVERSITÉ DE PARIS — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen : M. DEBOVE.

Professeurs

Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils	RECLUS.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DÉJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	LE DENTU TILLAUX. TERRIER. BERGER
Clinique ophthalmologique	DE LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchement	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DESGREZ.	LAUNOIS.	POTOCKI.
BALTHAZARD.	DUPRÉ.	LEGRY.	PROUST.
BRANCA.	DUVAL.	LEGUEU.	RENON.
BEZANÇON.	FAURE.	LEPAGE.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GOSSET.	MACAIGNE.	RIEFFEL, Chef des travaux anatomiques
BROCA (André).	GOUGET.	MAILLARD.	TEISSIER.
CARNOT.	GUIART.	MARION.	THIROLOIX.
CLAUDE.	JEANSELME.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CUNÉO.	LABBE.	MERY.	WALLICH.
DEMELIN.	LANGLOIS.	MORESTIN.	

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À MON PÈRE ET A MA MÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

À MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE BESANÇON

ET DE LA FACULTÉ DE PARIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR MORESTIN

Agrégé à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Durant les quatre premières années que nous avons passées soit à l'école de Besançon, soit à la faculté de Paris pour obtenir le grade de Docteur en médecine, notre attention ne fut jamais attirée d'une façon particulière, sur le ligament rond et sur ses tumeurs : les traités classiques, en effet, parlent assez brièvement de cette question et les malades qui se présentent dans les services de chirugie pour ces affections ne sont pas très nombreuses.

C'est M. le Docteur Morestin, agrégé de la Faculté de Médecine de Paris qui, en nous faisant remarquer le cas qui se trouvait à Saint-Louis l'année dernière et dont il publia l'observation dans le *Bulletin de la Société Anatomique*, nous a fait voir l'importance de cette question. Nous le remercions beaucoup de nous avoir conduit ainsi à faire cette thèse qui a été pour nous l'occasion de recherches fort intéressantes.

Après un court chapitre, indispensable à notre avis,

sur l'anatomie et l'histologie du ligament rond et à la suite duquel nous définirons exactement ce que nous entendons par tumeurs extra-inguinales, nous exposerons brièvement les différents travaux que nous avons trouvés se rapportant à notre sujet. Puis tirant parti des observations que nous avons rassemblées, nous tâcherons d'établir l'étiologie, la constitution anatomique et les symptômes de ces néoplasmes. Nous montrerons ensuite les difficultés pour le clinicien de les diagnostiquer et le traitement qui paraît devoir leur être appliqué.

Mais avant de commencer cet exposé, nous sommes heureux de pouvoir profiter de l'occasion qui nous est offerte pour remercier sincèrement tous les maîtres, qui, soit à Besançon, soit à Paris, ont contribué à notre instruction médicale. Nous ne pouvons à notre grand regret dire à chacun d'entre eux de combien nous leur sommes redevable, mais nous pouvons leur assurer qu'ils garderont une grande place dans notre souvenir.

Nous devons toutefois remercier tout particulièrement M. le Professeur Le Dentu qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE PREMIER

RÉSUMÉ DE L'ANATOMIE DU LIGAMENT ROND

Nous croyons bon de commencer notre travail par un court exposé de l'anatomie et de l'histologie du ligament rond. Ce n'est pas que nous ayons en vue d'apporter quelque notion nouvelle sur ce sujet, mais il nous semble que ces lignes nous permettront de définir exactement ce que nous entendons par tumeurs extra-inguinales ; de plus, dans les pages suivantes, nous aurons plusieurs fois l'occasion de nous reporter à ce chapitre-ci.

Les ligaments ronds au nombre de deux, l'un droit, l'autre gauche, servent à maintenir l'utérus dans sa position normale d'antéversion. Ils mesurent douze à quinze centimètres et s'étendent des parties supero-latérales de l'utérus à la partie supérieure des grandes lèvres. On a beaucoup parlé d'eux ces années dernières à propos de leur raccourcissement comme moyen de traitement des rétrodéviations utérines (opération d'Alexander).

Dans leur trajet ils occupent successivement la cavité

abdominale où ils sont en rapport avec le péritoine, le canal inguinal et enfin la vulve. Nous pouvons donc leur distinguer trois portions : une portion intra-abdominale, une portion intra-inguinale et une dernière extra-inguinale. Cette dernière portion a du reste été niée par certains auteurs, entre autres Velpeau qui prétendait que ce cordon s'arrête sur le pubis et dans la paroi postérieure du canal inguinal. Mais d'après les auteurs classiques actuels (Poirier, Testut) le ligament rond se dissocie dès qu'il arrive au niveau de l'orifice inguinal externe. Une partie de ses fibres se perdent dans le tissu cellulo-graisseux des grandes lèvres ou se confondent avec le derme cutané. Les autres se dévient en haut vers le mont de Vénus ou en dehors vers l'aine.

Sa nutrition est assurée par une artère qui provient de l'épigastrique et qui va se perdre dans le mont de Vénus et les grandes lèvres ; elle est du reste accompagnée de plusieurs veines qui communiquent avec les veines utérines d'une part, d'autre part avec celles des grandes lèvres. Ses lymphatiques se rendent dans les ganglions iliaques et dans les ganglions inguinaux internes.

La structure du ligament rond nous est importante aussi à connaître. Sur ce point les auteurs ne sont pas tous d'accord.

D'après M. le Professeur Poirier le ligament rond se compose d'un axe conjonctivo élastique entouré d'une

gaine musculaire. Celle-ci comprend à la fois des fibres lisses et des fibres striées : les lisses viennent de l'utérus ; elles se trouvent surtout sur le bord supérieur du ligament et s'étendent en général jusqu'au détroit supérieur. Les striées naissent pour une part de l'épine du pubis, de l'autre proviennent des muscles petit oblique et transverse et remontent jusqu'au voisinage de l'artère iliaque externe. Quant à la portion extra-inguinale elle est exclusivement conjonctivo-élastique. Pour Beurnier il n'y aurait pas de fibres musculaires striées, mais il y aurait des fibres lisses sur toute l'étendue du ligament. Enfin d'après Tillaux les fibres lisses parties de la corne utérine iraient jusqu'à l'extrémité du ligament rond et on les retrouverait dans le sac dartoïque de Broca.

Enfin il nous faut dire deux mots de ce qu'on entend sous le nom de canal de Nuck C'est un prolongement du péritoine qui peut accompagner le ligament rond jusqu'à la grande lèvre et dans lequel peuvent se développer des kystes. Nous en reparlerons plus loin.

Les tumeurs qui se développent aux dépends du ligament rond peuvent avoir pour point de départ l'une de ses trois portions. Sänger en 1883, dans son étude sur les tumeurs de l'utérus et en particulier celles du ligament rond a pris pour base de sa classification ce point de départ et en outre les rapports de la tumeur avec le péritoine. Il a distingué les tumeurs :

1° Intra-péritonales (tumeurs se développant sur le

trajet du ligament rond de l'utérus a l'orifice interne du canal inguinal ;

2° Intra-canaliculaires. (Tumeurs se développant dans le canal inguinal ;

3° Extra-péritonéales. Tumeurs situées en dehors du canal inguinal dans la paroi abdominale, dans le tissu cellulaire du bassin, dans les grandes lèvres ;

4° Tumeurs développées en des points plus ou moins éloignés de la paroi abdominale en connexions étiologiques présumées avec le ligament rond.

Mais avec Guinard nous ferons remarquer que ces tumeurs subissant parfois une véritable migration ou augmentant considérablement de volume, il est alors impossible de dire sur quel point exact elles ont pris naissance. De plus on a rencontré des exemples de tumeurs de la portion terminale du ligament rond dans des inguinocèles auxquelles on ne peut refuser le terme d'intrapéritonéales.

Du reste il n'est pas nécessaire au chirurgien de connaître le point de départ de ces tumeurs. Il vaut mieux les étudier selon leur siège, car c'est de là que dépend leur symptomatologie, leur pronostic et leur traitement. Nous distinguerons donc ces tumeurs en intra-abdominales, intra-inguinales, mais au lieu d'appeler comme Guinard l'a fait, extra-abdominales les tumeurs qui se trouvent au niveau de l'orifice externe du canal inguinal et qui descendent plus ou moins dans la grande lèvre, nous les appellerons tumeurs extra-inguinales,

ce terme, indiquant d'une manière plus précise, du moins à notre avis, leur siège. Ce sont ces tumeurs seules que nous avons l'intention d'étudier.

Et pour en faire une étude complète, il nous faudrait parler des tumeurs liquides et des tumeurs solides : mais les auteurs n'admettent pas tous l'existence des premières, car si certains comme M. le professeur Pozzi, admettent que des kystes peuvent se développer à l'intérieur même du ligament rond, d'autres, comme Labadie, Lagrave et Legueu admettent que ces kystes se développent dans les restes du canal de Nuck. N'ayant aucune donnée personnelle sur ce sujet nous ne pouvons pas intervenir dans ce débat : aussi nous nous limiterons à l'étude des tumeurs solides.

CHAPITRE II

HISTORIQUE

La plupart des auteurs qui se sont occupés des tumeurs du ligament rond, ont réuni dans la même étude les cas siégeant au niveau des différentes portions de cet organe; aussi dans ce chapitre, serons-nous obligés de ne pas nous en tenir strictement à notre but, c'est-à-dire à ne pas parler que des tumeurs extra-inguinales.

Ces tumeurs sont restées pendant longtemps inconnues.

En 1876, Aumoine, dans sa thèse sur les tumeurs fibreuses des grandes lèvres, attirait l'attention sur les fibromes qui prennent naissance sur la partie terminale du ligament rond et il donnait l'observation d'un de ces néoplasmes chez une femme de 26 ans. Personne, d'après lui, ne les avait signalées auparavant sauf Paletta, qui dans une observation de kyste du canal de Nuck, parlait d'un renflement du ligament rond vers l'anneau inguinal externe. (Obs. IV).

Le premier travail consacré spécialement à l'étude de ces tumeurs, est le mémoire publié en 1882 par Duplay dans les Archives générales de médecine. Il met sur le compte de leur rareté l'absence de travaux à leur sujet, car il n'a pu lui-même n'en trouver que cinq cas, entre autres deux, qui avaient été présentés en 1865, déjà par Spencer Weells à la société pathologique de Londres et publiés dans le *British médical journal*. Lui-même a observé un cas de fibromyome chez une femme de 52 ans ; il parle dans son mémoire des dégénérescences que peuvent subir les fibromes et les fibromyomes, seules tumeurs observées, mais il admet que d'autres genres de tumeurs peuvent se développer aussi aux dépens du ligament rond.

En 1883, Sanger fit paraître dans les *Arch. f. Gynaek.* une étude sur les tumeurs conjonctives des ligaments de l'utérus et principalement sur les tumeurs du ligament rond, où il donne la classification que nous avons indiquée plus haut.

Roustan en 1884, reprit la question dans le *Montpellier médical*, où il cite un cas de lipome provenant du ligament rond. De plus il cherche à expliquer la présence de fibres lisses dans des tumeurs siègeant au niveau de la partie du ligament où, d'après certains auteurs, elles sont normalement absentes par un cheminement, une migration et il donne plusieurs arguments en faveur de cette opinion.

Les différents auteurs que nous venons de citer,

réunirent dans une même étude tous les cas se rapportant à des tumeurs développées sur les différentes portions du lihament rond.

En 1896, Delbet et Heresco se bornèrent à décrire isolément les néoplasmes de la portion abdominale et ils donnent les raisons pour lesquelles ils limitent ainsi leur étude. « Les tumeurs, disent-ils, qui se développent sur les diverses portions du ligament rond, n'ont guère de commun que la structure. Au point de vue de l'évolution, des symptômes, du pronostic, du mode d'intervention, les variétés de siège leur impriment des caractères fondamentalement différents. »

Cette manière de voir plût à Guinard, qui, en 1898, publia dans la *Revue de chirurgie*, un travail sur les tumeurs extra-abdominales du ligament rond. Nous avons vu plus haut qu'il entend par tumeurs extra-abdominales, les tumeurs qui s'étendent entre l'anneau inguinal externe et les grandes lèvres, c'est-à-dire, les tumeurs que nous désignons sous le titre d'extra-inguinales. Son travail nous a paru très complet, aussit nous lui avons fait beaucoup d'emprunts.

Depuis cette époque, jusqu'à l'année dernière, à part la thèse de Raynaud, (Montpellier 1898. Contribution à l'étude clinique des tumeurs du ligament rond) il n'est rien paru ou du moins nous n'avons rien trouvé dans les revues françaises se rapportant à notre sujet.

A l'étranger par contre et particulièrement en Allemagne, plusieurs auteurs se sont occupés à cette épo-

que, de cette question. Nous ne ferons que mentionner ici les articles de Nebesky, d'Emmanuel, de Lewis.

Enfin dans le bulletin du mois de novembre 1904, de la Société anatomique de Paris, M. le docteur Morestin a publié l'observation qui a été le point de départ de ce travail. Au mois de mars, M. Bouchet avait publié dans la même revue une autre observation que nous reproduisons.

CHAPITRE III

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Depuis Duplay et Sanger, on a jusqu'à ces années dernières considéré les tumeurs du ligament rond comme peu fréquentes. *Or elles ne sont pas en réalité aussi rares que bien des auteurs veulent le dire*, puisqu'en 1903, Emmanuel pouvait en rassembler soixante-seize cas ; les tumeurs extra-inguinales sont celles que l'on rencontre le plus souvent.

Ces dernières se trouvent à *tous les âges de la vie*, chez des personnes de vingt ans, comme chez des femmes de cinquante ; nous avons même trouvé une observation se rapportant à une petite fille de quatre ans et demi (Nicolaysen). Cependant si nous considérons, non plus l'âge des malades au moment de l'intervention, mais leur âge au moment de l'apparition de la tumeur nous voyons qu'elles prennent naissance surtout chez des femmes de vingt à quarante ans, c'est-à-dire au moment où la femme se trouve dans son entière activité génitale. En 1882, dans sa

thèse sur les tumeurs fibreuses des grandes lèvres, Amourel avait déjà fait cette remarque à propos des néoplasmes de cette région et il en avait déduit une théorie pour expliquer leur formation, théorie qui, d'après lui, s'appliquait encore mieux aux tumeurs se développant aux dépends de la partie terminale du ligament rond. Nous avons vu plus haut que la circulation du ligament rond et des grandes lèvres est unie à la circulation utérine, aussi les congestions de la grossesse et des règles retentissent-elles sur ces organes : « Ces phénomènes nouveaux, dit Amourel, surprennent pour ainsi dire les tissus, ceux-ci en reçoivent une irritation plus ou moins vive déterminant l'hypertrophie d'abord, l'hyperplasie ensuite. » Et aujourd'hui certains auteurs expliquent la formation des fibromes utérins par une théorie qui se rapproche de celle d'Amourel. Pour eux (Pilliet) (1), le point de départ des fibromes est le développement anormal du système vasculaire utérin, développement qui se comprend quand on songe aux variations considérables de la circulation utérine pendant la grossesse et la menstruation ; ce développement du système vasculaire a pour conséquence une réaction hypertrophique du muscle et du tissu conjonctif : les néo-capillaires s'entourent d'éléments musculaires et conjonctifs jeunes. Peut-on appliquer cette pathogénie aux fibromes du ligament

(1) D'après Forgue.

rond. On est tenté de le faire quand on considère la richesse en vaisseaux parfois très grande de ces fibromes et quand on constate que dans aucune observation on ne note l'apparition d'une de ces tumeurs après la ménopause.

Certains auteurs font de ces néoplasmes extra-inguinaux une *affection presque spéciale au côté droit*. Sanger sur onze cas cités, les a trouvés huit fois à droite : Delbet et Héresco, treize fois sur dix-sept ; ces derniers voient dans cette prédominance une confirmation de la théorie de Conheim sur le développement des tumeurs. Pour Conheim toute tumeur provient de la prolifération tardive de cellules embryonnaires restées somnolentes jusque-là. « Or, disent Delbet et Heresco, il est bien certain que le canal vagino-péritonéal du côté droit est plus exposé aux anomalies que celui du côté gauche. La plus grande fréquence des hernies inguinales congénitales à droite, en fait foi. Il est permis de se demander si le ligament rond qui est étroitement uni au canal vagino-péritonéal de la femme ne participe pas à ces anomalies. » Nous nous rangeons pour notre part de l'avis de Guinard qui tout en constatant une certaine prédominance à droite n'en voit pas une suffisante pour en chercher l'explication.

Comme pour l'apparition de certaines tumeurs peut-on invoquer le traumatisme ? Cela parait impossible, car dans toutes les observations que nous avons eues sous les yeux, les malades n'ont jamais parlé de coups

qu'elles auraient reçu et cependant le vulgaire est porté à attribuer à des traumatismes lointains et parfois très légers, le développement de toute tuméfaction. Il n'y a que dans l'observation d'Heydemann que nous voyons la femme rapporter le début de sa tumeur à un effort. Toutefois si l'on regarde l'accouchement comme agissant par traumatisme, on est obligé d'accorder à ce dernier une plus grande influence, car beaucoup de femmes font remonter l'apparition de leur maladie à un accouchement antérieur.

Sanger fait jouer à la grossesse un rôle étiologique important et certes le nombre des multipares atteintes est plus grand que le nombre des nullipares, ce qui semblerait confirmer au moins pour les fibromes la théorie de Pilliet. Contre cette opinion, Delbet et Héresco font remarquer que les femmes qui ont des enfants, sont plus nombreuses que celles qui n'en ont pas.

En résumé, nous voyons que la *pathogénie de ces tumeurs est fort obscure*. Cela ne doit pas nous surprendre puisqu'il en est de même pour tous les néoplasmes en général.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les tumeurs solides qui peuvent se développer aux dépends du ligament rond et se rencontrer dans la région qui nous intéresse n'*appartiennent pas toutes au même type anatomo-pathologique*. Cela est facile à prévoir, car le ligament rond n'étant pas constitué par un seul tissu, chacun des tissus qui rentrent dans sa structure, peut être l'origine d'une tumeur : aussi nous trouverons des tumeurs conjonctives (fibromes, lipomes) des tumeurs musculaires et le plus souvent des tumeurs mixtes, c'est-à-dire des fibro-myomes, des fibro-lipomes. Le ligament rond ne contient pas d'épithélium; aussi nous ne rencontrerons pas de tumeurs épithéliales, sauf dans le cas où par suite d'une malformation, un noyau épithélial se trouvera dans cette région et proliférera.

Duplay, en 1882, n'avait pu rassembler que des observations se rapportant à des fibromes et à des fibromyomes, mais il admettait déjà la possibilité du déve-

loppement de myxomes, de sarcomes, de carcinomes. Nous verrons en parlant des dégénérescences des fibromes qu'il ne s'était pas trompé, au moins pour les myxomes et les sarcomes.

Nous pouvons rapprocher dans une même étude les fibromes, les myomes et les fibro-myomes. Ces tumeurs sont les plus fréquentes et à ce point de vue nous pouvons rapprocher les ligaments ronds de l'utérus qui d'après Bayle donnerait naissance à ces tumeurs chez 20/100 des femmes ayant dépassées 35 ans.

Ces tumeurs sont entourées d'une capsule cellulo-fibreuse qui les isole complètement des tissus voisins, avec lesquels elles ne contractent aucune adéhrence ; aussi sont-elles mobiles dans le tissu cellulo-graisseux qui les entoure. Sur cette capsule vient s'épanouir le pédicule qui est formé soit par le ligament rond lui-même soit par des tractus fibreux qui en partent. A propos de ce pédicule, il est un point curieux à noter, il contient des fibres musculaires lisses. Or nous avons vu en faisant l'histologie du ligament rond que d'après les classiques les fibres lisses qui entrent dans la constitution du ligament, s'arrêtent au niveau du détroit supérieur, aussi les auteurs ont-ils donné pour expliquer la présence de de ces fibres lisses dans le pédicule plusieurs opinions.

Pour Duplay, il se serait effectué de proche en proche une néoformation de fibres lisses.

Roustan a donné à ce sujet son opinion dans le *Montpellier Médical :* « Je me demande si ce même fait ne

pourrait pas aussi faire admettre pour ces fibro-myomes comme pour ceux de l'utérus une évolution, un cheminement ; de sorte qu'ils pourraient prendre naissance en un point du ligament rond où existent des fibres lisses, descendre ensuite soit vers le ventre soit vers l'extérieur. Cette descente des tumeurs du ligament rond me paraît excessivement probable et je vais résumer les raisons qui paraissent appuyer cette opininon : 1° Les fibro-myomes ont du naître dans un point où existent normalement des fibres musculaires lisses, c'est-à-dire dans un point autre que celui où on les trouve le plus souvent ; 2° l'observation de Duncan montre une tumeur sur la partie abdominale du ligament rond ; 3° les autres observateurs trouvent ces tumeurs dans les différents sièges où les hernies inguinales peuvent s'arrêter ; 4° dans l'observation de Verneuil on a même pu voir une partie réductible pour compléter l'analogie ; 5° sans la comparaison des tumeurs du ligament rond avec les hernies on s'expliquerait mal leur présence dans la grande lèvre alors surtout que les tumeurs du pli de l'aine prennent si rarement cette direction ; 6° enfin on connaît les lipomes migrateurs formés par l'expulsion lente ou brusque du tissu graisseux sous-péritonéal à travers les orifices aponévrotiques. » Pour les auteurs comme Beurnier, Tillaux qui admettent l'existence de fibres lisses sur toute l'étendue du ligament la chose paraît toute naturelle. Nayant aucune donnée person-

nellé sur ce sujet, nous ne pouvons pas tirer de conclusion.

Comme les fibromes utérins ces tumeurs présentent une coloration gris-rosé et crient sous le couteau. Elles sont formées soit de fibrilles conjonctives seules disposées en faisceaux irréguliers (observation V) soit de tissu cellulo-fibreux et de fibres musculaires lisses. On y trouve ordinairement des vaisseaux qui peuvent être plus ou moins développés ; nous avons vu plus haut en parlant de la pathogénie que certains auteurs font des fibromes-utérins des tumeurs d'origine vasculaire et c'est à cause de la présence de vaiseaux dans les fibromes et les fibromyomes extra-inguinaux du ligament rond, que nous avons été tenté de leur appliquer la même pathogénie.

Ces tumeurs peuvent du reste subir des dégénérescences variées. Celles-ci peuvent leurs donner une consistance plus dure. Par exemple la calcification. Nous n'en avons pas trouvé de cas confirmé se rapportant aux tumeurs de la région qui nous intéresse ; Aumoine cite bien une observation où il avait fait le diagnostic de fibrome du ligament rond ayant subi la transformation calcaire; mais il ne put confirmer son diagnostic, car la femme ne voulut pas se laisser opérer. Mais elle peut exister. Duncan en a du reste signalé un cas concernant une tumeur intra-abdominale.

Mais le plus souvent ces dégénérescences ramollissent la tumeur. On pourrait trouver comme dans les fibromes

utérins la transformation sarcomateuse. Nous n'avons pas trouvé d'observation où ce fait soit relaté mais certains auteurs (Lewis) en ont vu. Cette perspective assombrit le pronostic.

Wite a vu un ramollissement central-hémorragique ; autour des foyers hémorragiques apparaissaient des masses nécrosées chargées d'un pigment sanguin abondant. De plus il y avait des foyers et des traînées de tissu adipeux.

Dans l'observation de M. Morestin on a un ramollissement œdémateux ; dans celles de Duplay et de Léwis on se trouvait en présence d'une altération myxomateuse. Dans les trois cas, la tumeur présentait des cavités semblables à celle que l'on rencontre parfois dans les fibromes utérins et que l'on nomme géodes.

Nous avons trouvé une observation se rapportant à un lipome (VII). Dans ce cas la tumeur s'était développée évidemment aux dépens des éléments adipeux qui sont mêlés aux éléments musculaires du ligament. A remarquer que dans ce cas la tumeur ne subissait aucun changement de volume au moment des époques.

Enfin dans l'observation de Paul Bouchet il s'agissait d'une tumeur, développée aux dépens de débris embryonnaires ; nous ne saurions préciser quelle était leur origine.

CHAPITRE V

SYMPTOMATOLOGIE

Il nous faut d'abord constater *qu'il n'existe aucun signe pathognomonique permettant au chirurgien de deviner une tumeur extra-inguinale du ligament rond.* mais leur présence se manifeste par un ensemble de symptômes qui les fait diagnostiquer.

Nous pouvons les diviser en *symptômes fonctionnels* et *symptômes physiques.*

Les *premiers se bornent à des troubles de la sensibilité*, car l'état général reste bon, malgré la présence de ces néoplasmes. Ces troubles qui se manifestent parfois les premiers, présentent des degrés très variables. Parfois la malade ne sent que quelques picotements, quelques élancements au niveau de la tumeur (Obs. V). D'autres fois, la douleur ne reste pas localisée. mais s'irradie soit du côté de la face antérieure de la cuisse, descendant parfois jusque dans la jambe (Obs. VI), soit du côté du bassin (Obs. II).

Cette douleur est parfois intermittente, parfois continue, subissant des exacerbations sous l'influence de

la marche, de la fatigue, de la station verticale. Chez d'autres, il n'existe ordinairement aucun de ces phénomènes. Mais, chez toutes, la tumeur devient douloureuse au moment des règles. Pour expliquer ces douleurs, nous nous rangeons de l'avis de Raynaud, qui les attribue à la compression des nerfs.

Par l'inspection, la palpation, la percussion, nous connaîtrons les autres caractères de ces tumeurs. Nous nous rendrons compte ainsi :

1° *De leur siège.* Elles se trouvent au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, descendant plus ou moins bas dans la grande lèvre ; parfois elles sont pédiculées (Obs. VIII) ;

2° *De leur volume.* Celui-ci est tout à fait variable, allant depuis la grosseur d'une fève (Nicolaysen) jusqu'à une tête d'enfant de un à deux ans (Polaillon) ;

3° *De leur forme.* Le plus souvent, on ne trouve qu'une tumeur arrondie ou ovoïde, ou plus rarement allongée, à surface lisse ou légèrement bosselée ; quelquefois on trouve plusieurs tumeurs à forme sphérique (Guinard) ;

4° *De leur consistance.* Elles ont ordinairement une consistance ferme sur toute leur étendue, ou bien présentent deux ou trois points moins résistants, mais jamais elles ne sont fluctuantes ;

5° *De leur insensibilité à la pression ;*

6° *De leur irréductibilité.* Ce caractère sert beaucoup pour les reconnaître : nous en reparlerons à propos du

diagnostic. Et pour la même raison, c'est-à-dire, par suite de leur isolement de la cavité abdominale nous pouvons constater qu'elles ne subissent pas l'influence de la toux ni des efforts ;

7° *De l'état des parties voisines*. Ces tumeurs, nous l'avons vu plus haut, sont entourées par une capsule cellulo-fibreuse, aussi elles ne contractent pas d'adhérences avec la peau qui reste normale, et glisse facilement sur elles. On constate quelquefois cependant une faible dilatation des veines. Quant aux ganglions ils ne sont pas touchés.

La plupart de ces symptômes n'appartiennent pas en propre aux tumeurs du ligament rond et se retrouvent dans d'autres affections. Mais le chirurgien ne se trompera pas lorsqu'en présence d'une tumeur de cette région, présentant tous les caractères que nous venons de passer en revue, il affirmera qu'elle a pour point de départ le ligament rond.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Nous abordons maintenant une question importante et qui intéresse avant tout le chirurgien : c'est celle du diagnostic. D'après ce que nous avons dit plus haut en commençant l'étude des symptômes de ces tumeurs (nous avons dit, en effet, qu'il n'y avait aucun signe pathognomonique) nous pouvons déjà soupçonner que cette question est délicate et que l'on peut se tromper. Du reste en parcourant les observations que nous publions plus loin, nous voyons que Nebesky a cru voir en elles une tumeur provenant des glandes de Bartholin, que Duplay en a fait un sarcome des ganglions inguinaux. D'autres auteurs (Guinard, Hecker), les ont pris pour des hernies inguinales. Il est vrai que nous voyons surtout ces erreurs se répéter au début de l'histoire de ces tumeurs et que les auteurs se trompent de moins en moins.

Avec quoi peut-on les confondre? Se basant sur le caractère qu'elles ont d'être irréductibles, le chirurgien

ne les confondra pas avec toutes les tuméfactions de cette région qui se réduisent dans l'abdomen par la pression ou par la position horizontale. Par exemple avec les entérocèles qui se réduisent facilement et qui s'accompagnent de troubles digestifs, ni avec les kystes du canal de Nuck, communiquant avec la cavité abdominale et pouvant exister même chez des personnes d'un certain âge. Guilhaumon (1) en rapporte un cas observé chez une femme de 45 ans.

Il ne nous reste donc plus qu'à examiner le cas où nous trouvons une tuméfaction irréductible. Celle-ci peut avoir une origine très variée, et pour la connaître Duplay et M. Pozzi ont cherché à simplifier la question en se basant sur la présence ou non d'un pédicule. Mais nous croyons que cette recherche n'a d'importance que lorsque en trouvant un pédicule, on constate qu'il s'enfonce au dessous de l'arcade crurale ; il ne viendra pas alors à l'idée du chirurgien, qu'il s'agit d'une tumeur du ligament rond. Dans beaucoup d'autres cas ce pédicule n'est pas senti (Obs. III), ou même si on le trouve, il peut s'agir d'autres affections ; aussi nous croyons que c'est en notant certains autres caractères que l'on arrivera au diagnostic.

Quelles sont donc ces tuméfactions irréductibles ? Nous pouvons trouver :

1° L'*ovaire hernié*, c'est une affection assez rare. On

(1) Guilhaumon. Thèse Lyon, 1900.

a une tumeur dure, arrondie, mate, à la partie supérieure de la grande lèvre, caractères qui la rapprochent des tumeurs extra-inguinales du ligament rond, mais en plus, elle présente une sensibilité spéciale à la pression, et au moment des règles, l'augmentation de volume qu'elle subit, est plus marquée que dans les fibromes. Si en outre on pratique le toucher, on constate que l'utérus n'est pas en place, il présente un certain degré de latéroversion. Du reste les deux affections peuvent exister (Obs. XV) ce qui rend plus difficile le diagnostic.

2° Une *hernie graisseuse*, un lipome péritonéal émigré dans le canal inguinal, mais d'après M. le professeur Pozzi, ce dernier a des limites plus diffuses, sa consistance est molle et souvent son volume diminue par la pression. Il est douloureux au toucher.

3° Une *épiplocèle irréductible*, qui acquiert parfois une consistance fibreuse. Par la malade on apprendra que la tumeur avant d'être irréductible, rentrait facilement dans l'abdomen. Quant au pédicule il donne alors la sensation de corde de Velpeau.

4° Un *kyste de la glande de Bartholin*. Mais celui-ci a pris naissance à la partie inférieure de la grande lèvre et tend à remonter, tandis que c'est le contraire pour les tumeurs du ligament rond.

5° C'est en se basant aussi sur leur point de départ, que l'on ne regardera pas comme issues du ligament rond des tumeurs qui, comme celle citée dans l'obser-

vation suivante, s'en approchent par bien des caractères.

OBSERVATION I

(*Progrès médical*, 1884, p. 868. Valude).

D... Julia, âgée de 45 ans, entre le 6 mars 1884, dans le service de M. le professeur Verneuil, pour une tumeur de la grande lèvre droite.

Les antécédents de cette malade ne relèvent que peu de chose au point de vue de la diathèse néoplasique. Sa tante aurait eu cependant des tumeurs au sein. Elle-même a toujours joui d'une parfaite santé, pas de manifestations scrofuleuses, pas d'arthritisme ; elle a fourni trois couches heureuses, dont la dernière il y a dix-huit ans. En effet, si nous examinons cette malade, nous la trouvons très fraîche, grasse, n'ayant rien dans son état général ni à l'examen de ses viscères qui put faire soupçonner aucune affection latente. La tumeur pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté il y a huit ans (après une chute ?) par un petit noyau indolent de la grosseur d'une noisette, logé dans la partie inférieure de la grande lèvre droite.

Aucun phénomène inflammatoire ni douloureux n'a marqué le début de ce néoplasme et la malade sans s'en inquiéter la laissait s'accroître très lentement, quand il y a dix-huit mois, elle vit prendre un volume de plus en plus grand à sa tumeur. Actuellement, celle-ci offre la grosseur d'une petite mandarine, mais jamais du reste aujourd'hui ni autrefois, la malade ne ressentit aucune douleur de sa présence ; la menstruation fut toujours régulière, il n'y eut jamais de pertes anormales.

A l'examen, nous rencontrons à la partie inférieure de la grande lèvre droite, au point d'élection des abcès de la glande, une tumeur arrondie, bosselée et assez dure. Pas de fluctuation. Le néoplasme est parfaitement mobile sur la profondeur et la peau, souple et d'une coloration normale, roule librement sur lui. Cette tumeur offre absolument l'aspect d'une production bénigne enkystée, mobile dans le tissu cellulaire ; pas de ganglions.

Opération. — Examen : En résumé, la tumeur est un fibromyome, mais avec une prédominance très marquée des fibres lisses sur les éléments fibreux. Quel est le point de départ de ce néoplasme ? On a signalé à la partie supérieure des tumeurs formées de tissu musculaire et développées aux dépens du ligament rond, mais ici la tumeur ne peut être attribuée à cet organe, sa position étant trop inférieure ; elle ne peut provenir que du tissu musculaire lisse disséminé sous le derme.

6° *Un kyste du canal de Nuck.* — On peut parfois faire le diagnostic par la fluctuation et la transparence, mais parfois cela est très difficile, surtout quand, comme dans le cas suivant, on trouve à la fois un kyste du canal de Nuck et une tumeur kystique ligamenteuse.

OBSERVATION II

(J. Reboul. Société anatomique, juillet 1888).

M. X..., 45 ans, entre le 20 avril 1888, à l'hôpital Lariboisière, salle Gosselin, n° 31, dans le service du docteur Périer. Règles toujours régulières; trois enfants, le dernier il y a sei

ans et une fausse-couche. Depuis son deuxième accouchement la malade éprouve une sensation douloureuse à la partie supérieure de la grande lèvre droite. Cette douleur s'irradie dans le bassin et la cuisse. La tumeur augmente peu à peu. Depuis quelques mois les règles sont devenues plus abondantes. Bonne santé habituelle.

A l'entrée de la malade, on constate que la grande lèvre droite est le siège à la partie supérieure, au niveau de l'orifice externe du canal inguinal, d'une petite tumeur allongée de haut en bas, paraissant adhérente à l'orifice inguinal et se continuant dans la lèvre par un cordon noueux. La tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, a une surface irrégulière, bosselée ; elle est dure et fluctuante par place : la pression entre les doigts est douloureuse et cette douleur s'irradie en suivant le trajet inguinal dans le bassin et la cuisse droite.

La malade accuse des douleurs spontanées avec les mêmes irradiations et survenant à l'époque des règles. Cette période des règles s'accompagne d'une augmentation de volume de la tumeur. Légère impulsion à la toux. Pas de hernie. Rien à gauche.

Diagnostic — fibrome kystique de l'extrémité inguinale du ligament rond.

La pièce que nous avons l'honneur de présenter à la Société anatomique nous paraît être une tumeur fibro-kystique de l'extrémité inguinale du ligament rond. La masse principale forme une tumeur allongée, creusée d'un canal étroit, se continuant en haut avec le cul-de-sac péritonéal et le ligament rond, se rétrécissant ensuite et se terminant en bas en s'évasant sous forme d'un éventail ou d'un cône. Des kystes sont disposés autour de la tumeur.

En incisant longitudinalement la tumeur on voit qu'elle forme les parois d'un canal. Elle est constituée par des bandelettes

fibreuses entrecroisées et divergeant au niveau de l'infundibulum inférieur qui se termine brusquement par un bord arrondi ne contractant pas d'adhérences avec les tissus de la grande lèvre. Les parois de la partie supérieure du canal se continuent en s'amincissant avec le canal de Nuck et le ligament rond étalé.

L'examen histologique nous a montré que la masse de la tumeur et les paroi du canal sont formées de tissu conjonctif réticulé et fasciculé renfermant des îlots de cellules adipeuses et quelques faisceaux musculaires lisses. Le pédicule est formé de fibres lisses et revêtu à sa face interne d'une couche épithéliale de cellules cubiques.

Conclusions. — La tumeur que nous présentons nous paraît être développée aux dépens du ligament rond et du canal de Nuck. La masse principale formée de tissu conjonctif vasculaire peut être considérée comme une hyperplasie de l'extrémité inguinale du ligament rond.

CHAPITRE VII

ÉVOLUTION. PRONOSTIC. TRAITEMENT

Par suite de leur siège, distant d'organes importants, les tumeurs extra-inguinales apparaissent souvent, comme nous l'avons vu, sans provoquer de troubles très marqués ; certaines malades ne les découvrent que par hasard (Obs. IX). Leur volume augmente parfois d'une façon régulière : cette augmentation pouvant d'ailleurs être très lente, comme dans le cas de M. Morestin, ou être beaucoup plus rapide (Duplay).

Parfois, au contraire, la tumeur après avoir évolué lentement pendant un certain nombre d'années, prend tout à coup une marche rapide. Nous notons ce fait dans l'observation de Roustan et nous voyons que ce changement dans l'évolution de la tumeur s'est produit à la suite de la ménopause. En rapprochant ce fait de l'observation de Duplay, dans laquelle la tumeur apparue peu avant la ménopause, eut une marche assez rapide, on est tenté de considérer cette époque comme favorable au développement rapide de ces tumeurs ; il

nous faut remarquer en passant que c'est le contraire pour les fibromes utérins qui, généralement à cette époque diminuent de volume, se flétrissent.

Quel est leur pronostic? Dans tous les cas de fibromes, fibromyomes, lipomes que nous avons pu rassembler, nous avons vu qu'il s'agissait de tumeurs bénignes. Aussi le chirurgien pourrait-il être tenté de ne pas intervenir. Mais certains auteurs ont pu trouver des cas de fibro-sarcomes; de plus, on peut avoir affaire à une tumeur comme celle qui est décrite dans l'observation XII et dont l'évolution peut ne pas être aussi bénigne.

En outre, par suite de la tendance qu'elles ont de subir un accroissement continu, elles deviennent une cause de fatigue, de gêne; elles peuvent occasionner des troubles de la peau; se présentant chez des femmes jeunes, en pleine activité génitale, elles peuvent chez certaines, empêcher le coït.

Aussi, pour toutes ces raisons, le chirurgien doit-il intervenir.

Ici se place un point particulier. Quelle est la conduite à tenir chez la femme enceinte? On ne doit pas opérer ces femmes pendant leur grossesse. Il faut en effet que ces tumeurs aient un certain volume pour empêcher la sortie de l'enfant, et dans ce cas, il serait toujours temps, comme le conseillent MM. Dubrisay et Jeannin (1),

(1) Dubrisay et Jeannin. Précis d'accouchement.

de pratiquer l'exérèse pendant l'accouchement. Quand elles sont de moindre volume, elles n'ont qu'un inconvénient, c'est que rétrécissant l'orifice de sortie, elles favorisent les déchirures du périnée.

Le traitement qui doit leur être appliqué, est un traitement chirurgical. Si nous consultons les diverses observations qui se trouvent plus loin, nous voyons que ce traitement a toujours donné des résultats favorables et n'a jamais donné lieu à des accidents. L'extirpation, du reste, de la tumeur est favorisée par ce fait qu'il n'existe aucune adhérence avec les parties voisines ; elle devient un peu plus compliquée lorsque la tumeur n'est pas seule, comme dans le cas de M. Morestin, par exemple, où on trouvait un sac de hernie adhérent au ligament rond.

OBSERVATIONS

OBSERVATION III

M. Morestin. *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, novembre 1904.

Mme Augustine F..., âgée de 50 ans, ménagère, est entrée le 31 juillet 1904 à l'hôpital Saint-Louis, salle Gosselin, dans le service de M. Ricard que je remplaçais. Elle porte dans la région inguino-pubienne du côté gauche une tumeur dont l'existence est constatée depuis 15 années, qui augmente lentement mais d'une manière continuelle et offre actuellement le volume d'une grosse orange. Les téguments soulevés par elle sont intacts, ils ont gardé leur coloration normale, leur souplesse et leur mobilité. La voussure anormale occupe la moitié gauche du mont de Vénus, la partie antérieure de la grande lèvre correspondante, couvre l'anneau inguinal superficiel.

En dedans, elle s'étend jusqu'à la ligne médiane qu'elle dépasse même légèrement au niveau de la commissure vulvaire antérieure ; en dehors elle va jusqu'à la partie moyenne de l'arcade crurale, en haut elle remonte jusqu'au sillon suspubien très accusé chez cette femme fort grasse ; en arrière elle s'arrête à

l'union du tiers antérieur et du tiers moyen de la grande lèvre. Sa partie centrale répond à l'orifice inguinal externe.

La palpation très facile et complètement indolore montre que la tumeur est arrondie, sphérique, de consistance très ferme, d'une dureté uniforme, que sa surface n'offre aucune bosselure et qu'enfin elle se laisse aisément déplacer soit dans le sens vertical, soit dans le sens transversal. Aucune impulsion à la toux. On ne sent pas de pédicule mais je suppose qu'il peut en exister un masqué par la tumeur. Je pense en effet qu'il doit s'agir d'un néoplasme développé aux dépens du ligament rond et surement de nature bénigne, étant donné la lenteur extrême de l'évolution.

L'état général est excellent et il n'y a rien à noter par ailleurs.

Le 1er août je pratique l'extirpation de la tumeur à l'aide d'une incision oblique de haut en bas et de dehors en dedans comme s'il s'agissait d'opérer une hernie inguinale, incision longue de 10 centimètres.

La tumeur très superficielle est tout de suite mise à nu. Elle se laisse disséquer sans aucune peine ; arrondie, lisse et parfaitement limitée, elle est entourée d'un tissu cellulaire lâche. Il suffit donc pour l'isoler de sectionner quelques-uns des tractus fibro-élastiques du Mont de Vénus, de la saisir avec un tracteur et d'en faire le tour avec le doigt armé d'une compresse. Au bout d'un instant elle se laisse attirer hors de la plaie n'étant plus retenue que par un pédicule gros comme l'index qui s'engage dans le canal inguinal. On y voit des veines volumineuses et des faisceaux de fibres rougeâtres qui s'irradient sur la tumeur.

Ce pédicule est dissocié et l'on en forme trois faisceaux : l'un supérieur et externe, formé de vaisseaux principalement veineux et de trousseaux fibro-musculaires ; le second postero-externe, lui aussi composé surtout de veines ; et enfin le troisième inter-

médiaire, formé par le ligament rond lui-même accompagné par un sac de hernie inguinale qui lui adhère intimement et dont la minceur est très grande. Des ligatures sont placées successivement sur ces divers paquets le plus haut possible. Notamment le ligament rond et le sac adjacent sont attirés, libérés avec soin et étreints dans le même fil. Après section ce moignon rendu à lui-même remonte derrière la paroi au dessus de l'orifice inguinal externe. Des points séparés sont placés sur les fibres et l'aponévrose du grand oblique. Un surjet rapproche les parois fibro-adipeuses de la loge laissée vide par l'extirpation de la tumeur. Sutures cutanées au crin de Florence. Pas de drain.

Pour le dire immédiatement, la suite de cette intervention simple eut la bénignité que l'on pouvait prévoir. Il n'y eut aucun incident. La réunion primitive fut obtenue : les fils furent ôtés le dixième jour et tout pansement fut supprimé à partir du quinzième. La malade a quitté l'hôpital Saint-Louis parfaitement guérie le 26 août.

Sur la pièce examinée à l'état frais, on voit très nettement les éléments du pédicule s'éparpiller à la surface de la tumeur, se fondant peu à peu dans une sorte de coque conjonctive qui enveloppe le néoplasme. Cette capsule est séparable sur une assez grande étendue de la tumeur elle même. Celle-ci est d'une coloration gris rosé et d'une configuration exactement sphérique ; coupée en deux selon l'axe du pédicule elle crie sous le couteau.

Sur la coupe, on voit qu'elle est formée en majeure partie d'un tissu blanc grisâtre, à reflet brillant, d'aspect fibreux ; mais ce tissu n'est pas uniforme, il est semé d'une quantité de lacunes, de cavités inégales, remplies d'un liquide épais et jaunâtre, ayant la coloration du miel. En divers points de la trame blanche, on relève des traces d'hémorragies interstitielles.

L'examen histologique pratiqué par Bender montre qu'il s'agit

d'un fibro-myome œdémateux avec çà et là de petits foyers hémorragiques.

OBSERVATION IV

Paletta. Thèse d'Aumoine. Paris, 1876.

Tumeur située à la partie supérieure de la grande lèvre gauche, du volume du poing. L'épaisseur de ses parois ne permet point de juger si son contenu était de nature liquide ou solide, toutefois la percussion donne la sensation de l'existence d'un fluide. Incision suivant la longueur ; issue d'une quantité abondante de sérosité limpide. La face interne de la cavité est tapissée par une membrane épaisse qu'il fut aisé d'isoler des parties environnantes et qu'on coupa au voisinage de l'anneau inguinal. Là l'instrument rencontra un petit corps dur dont la section causa beaucoup de douleur à la malade. L'incision partielle de ce renflement ligamenteux permit de distinguer l'anneau inguinal dans lequel on pouvait introduire l'extrémité du doigt et fit reconnaître que ce corps dur n'était pas autre chose que la partie, restante du ligament rond. Après quelques accidents locaux et généraux, la guérison est survenue.

OBSERVATION V

Fibrome du ligament rond. (Thèse d'Aumoine. Paris, 1876.)

Mme M..., âgée de 26 ans, entre au commencement de février dans le service de M. Verneuil, salle Saint-Augustin, no 15. Cette malade bien réglée depuis l'âge de 15 ans a toujours

joui d'une bonne santé. Elle a eu un enfant pour la première fois il y a trois ans ; l'accouchement a été laborieux. C'est six mois après qu'elle s'est aperçue qu'elle portait dans la région inguinale droite une petite tumeur qui avait alors le volume d'une noisette. Cette tumeur a augmenté peu à peu et est devenue douloureuse. Elle a acquis lentement le volume d'une noix qu'elle n'a pas dépassé depuis environ six mois.

Aujourd'hui, on lui trouve les caractères suivants : elle siège à la partie supérieure de la grande lèvre droite au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; elle est mobile sous la peau, aplatie, bosselée, très dure, irréductible. Elle a toujours eu ces caractères, au dire de la malade. La toux n'y détermine aucun changement apparent ; pas de battement ni d'expansion dans l'effort : la peau a conservé sa coloration normale, pas d'inflammation. De temps en temps la malade y sentait des picotements, quelquefois des élancements. A chaque époque menstruelle, elle éprouvait des douleurs vives. L'exacerbation de ces douleurs à chaque époque était relativement considérable.

Il y a deux mois, l'aggravation de ces douleurs par la marche et la fatigue amène cette malade à l'hôpital.

Malgré l'examen minutieux du malade, M. Verneuil n'a pas voulu poser un diagnostic, car il avait affaire à une tumeur qui n'a pas encore été décrite ; néanmoins, il jugea que l'opération était indiquée et il la pratiqua le 16 février.

Opération. — Il fut facile d'énucléer la tumeur qui resta pédiculée. M. Verneuil put dès ce moment annoncer à ses élèves qu'elle avait pour point de départ un des prolongements fibreux du ligament rond.

Examen histologique par le Dr Nepveu, chef du laboratoire. — Examinée au microscope après avoir été durcie dans l'alcool, cette tumeur offre tous les caractères d'un fibrome pur : trame dense et sérrée, sérosité facilement exprimable à la pression ;

cellules fusiformes, minces et étroites, fibrilles conjonctives en faisceaux irréguliers ou ramassées en tourbillon. Tels sont ses principaux caractères : aucun élément d'ailleurs qui puisse faire soupçonner l'origine de cette tumeur aux dépens du ligament rond.

OBSERVATION VI

Duplay. *Archives générales de médecine*, 1882.

Marie G..., âgée de 52 ans, cuisinière, entre le 7 mai 1881 dans mon service à l'hôpital Lariboisière. La malade a toujours joui d'une excellente santé ; elle a eu à vingt-six ans un accouchement qui n'a laissé aucune suite fâcheuse ; elle n'a jamais présenté de trace de hernie.

Il y a 18 mois environ elle ressentit pour la première fois une douleur occupant l'aine droite, descendant sur la face antérieure de la cuisse, le côté interne du genou, s'étendant quelquefois jusque dans la jambe et qui dans ces derniers temps est devenue parfois assez vive pour l'empêcher de se tenir debout. Cette douleur revenait d'ailleurs à intervalles assez éloignés toutes les semaines environ et surtout à la suite de fatigues. Il y a 8 mois la malade s'aperçut de l'existence sur les limites de l'aine et de la grande lèvre droite d'une petite tumeur allongée, comparable au petit doigt pour la forme et le volume, tumeur absolument indolente mobile dans tous les sens, ne subissant ni augmentations ni diminutions sous l'influence de la toux et des efforts, mais paraissant prendre vers le soir un léger accroissement de volume.

Cette tumeur qui n'a jamais présenté d'apparence de réduction

a grossi assez rapidement en remontant surtout du côté de l'aine et descendant un peu vers la grande lèvre.

Elle présente actuellement le volume d'un œuf d'autruche de dimensions moyennes ; elle est de forme régulière ovoïde et sa direction suit celle du pli inguinal.

L'extrémité supérieure de son grand diamètre atteint l'épine iliaque antéro supérieure, l'autre extrémité répondant à la partie supérieure de la grande lèvre.

Elle déborde le pli de l'aine par en bas et remonte jusqu'au niveau d'une ligne horizontale passant par les deux épines iliaques antéro supérieures.

La longueur du grand axe est de 30 centimètres, celle du petit de 20 centimètres à la partie moyenne de la tumeur et en suivant dans les deux mensurations le contour de cette dernière. La peau est saine, mobile sur la tumeur, ainsi que le tissu cellulaire sous-cutané. Les veines sous-cutanées sont légèrement développées.

Sa consistance est charnue avec un ou deux points plus résistants. Vers la grande lèvre le tissu est plus dur et comme fibreux. En aucun point on ne perçoit de fluctuation. La tumeur est dans toute son étendue mate à la percussion, elle est absolument irréductible et nullement influencé par la toux et les efforts. Quoique très mobile dans le sens de son grand et de son petit axe elle adhère profondément un peu au dessus du ligament de Fallope et il est impossible de la détacher complètement de l'aponévrose du grand oblique non plus que l'orifice externe du canal inguinal. Il n'existe aucune adhérence du côté de la grande lèvre.

Rien du côté droit du vagin avec lequel la tumeur n'affecte du reste aucune relation, rien dans la fosse iliaque.

La tumeur est absolument indolente, les douleurs irradiées persistent comme auparavant.

Depuis sept mois la malade n'est plus réglée, la santé générale

est d'ailleurs excellente, les fonctions digestives s'accomplissent à merveille : dans ces derniers temps la malade à même engraissé.

Diagnostic porté est celui de sarcome des ganglions inguinaux.

Opération...

Examen de la tumeur pratiqué au laboratoire du collège de France par Malassez. Cette tumeur de forme ellipsoïde du volume des deux poings complètement enveloppée et isolée par une capsule cellulo fibreuse présente une surface extérieure lisse avec un pédicule du volume d'un très gros tuyau de plume.

A la coupe qui rappelle exactement celle d'une tumeur kystique du testicule, le tissu se déchire d'une façon réticulée, il est d'aspect fibreux avec un assez grand nombre de petites cavités contenant un liquide séreux, citrin assez abondant. Beaucoup de ces petites loges communiquent entre elles et donnent à l'ensemble du tissu un aspect myxomateux. En détachant l'enveloppe adventice on voit partir du voisinage du pédicule et s'étendre à la surface de la tumeur des faisceaux ayant l'aspect de fibres musculaires lisses, s'irradiant vers la périphérie et présentant des anastomoses transversales ce qui donne à la tumeur un aspect réticulé. Il existe des faisceaux qui ne partent pas du pédicule mais passent en sautoir à son voisinage.

Tous ces faisceaux périphériques pénètrent la tumeur par des faisceaux secondaires qui s'en détachent et viennent former la trame fibreuse.

Le pédicule est constitué histologiquement par un tissu fibreux entre les éléments duquel on voit ça et là un tissu conjonctif lâche contenant en certains endroits des lobules adipeux. Au milieu de ce tissu cellulo-fibreux on trouve des groupes de gros vaisseaux remarquables par leur riche musculature; ça et là existent quelques troncs nerveux ; on distingue également des faisceaux de fibres musculaires lisses. Dans le tissu conjonctif

on rencontre de petits vaisseaux remarquables par leur disposition en spirale. Sur les coupes perpendiculaires à la surface de la tumeur et passant par l'expansion du pédicule, là où on trouve ces gros faisceaux charnus et disposés en sautoir, on voit que ceux-ci sont constitués par des fibres musculaires lisses contenant des vaisseaux et sont séparés les uns des autres par du tissu conjonctif lâche. Les coupes passant par les parties de la tumeur qui sont d'apparence charnue montrent que le tissu est encore composé de fibres musculaires lisses s'entrecroisant en divers sens et séparées les unes des autres par du tissu fibreux.

Sur les coupes passant par les points où il y a des cavités d'apparence muqueuse le tissu de la tumeur paraît encore constitué par du tissu conjonctif et des faisceaux de fibres musculaires lisses, seulement dans ces points les faisceaux musculaires lisses, sont en général plus dissociés, plus petits et le tissu conjonctif qui les sépare est un tissu conjonctif très lâche au milieu duquel on distingue des cavités plus ou moins volumineuses. Quelques-unes de ces cavités présentent à leur intérieur une sorte de réticulum lymphoïde.

L'imprégnation de nitrate d'argent ne montre pas d'épithélium continu à la surface de ces cavités ; on y voit seulement des cellules conjonctives et des fibres musculaires lisses. Ce ne sont donc pas des cavités lymphatiques à proprement parler mais seulement des espaces conjonctifs. Ces espaces contiennent un liquide renfermant des globules blancs, se coagulant spontanément et montrant alors un délicat réseau fibrineux.

En quelques points ce tissu interstitiel présente tout à fait les caractères du tissu myxomateux.

En résumé il s'agit ici d'une tumeur ayant tous les caractères du fibro-myome dont le point de départ n'est autre que le ligament rond et dont la structure est analogue à celle des myomes utérins.

OBSERVATION VII

Roustan. *Montpellier médical*, 1884.

Mme X..., 52 ans, domiciliée à Montpellier, n'est plus réglée depuis quatre ans. Elle a eu trois enfants et a toujours joui d'une excellente santé, jamais de hernie.

A l'âge de 25 ans, après son deuxième accouchement, aussi normal que possible, elle s'aperçut d'une petite tumeur de la grosseur d'une cerise, indolore, n'augmentant pas au moment des menstruations mais croissant graduellement. A 40 ans elle était grosse comme un petit œuf. Depuis la ménopause, c'est-à-dire depuis 4 ans, elle a pris une marche plus rapide pour atteindre le volume d'une orange au moment de l'opération. La tumeur siégeait primitivement au sommet de la grande lèvre gauche au niveau de l'orifice externe du canal inguinal; en se développant elle s'est plutôt portée dans le pli de l'aine.

Elle était mobile sous la peau et glissait facilement sous le doigt lorsque tout à coup, il y a quatre ans, on la vit soulever la peau de plus en plus, se pédiculiser en partie en même temps que son poids et son volume augmentaient considérablement. La tumeur a toujours été irréductible, arrondie, bosselée. La toux n'y détermine aucun changement apparent. Pas de battements ni d'expansion dans l'effort. La peau a conservé sa coloration normale; à peine si les veines sont un peu plus grosses que normalement. La douleur est presque nulle. Le diagnostic porté est celui de lipome.

Opération...

L'examen de la tumeur a été pratiqué au laboratoire d'histologie par le professeur agrégé Carrieu. La tumeur est complète-

ment enveloppée d'une capsule cellulo-fibreuse qui semble l'ex pansion du pédicule.

Celui-ci, semblable à un tuyau de plume retenait la tumeur dans l'orifice externe du canal inguinal. Le doigt pouvait pénétrer dans cet orifice à côté du pédicule.

A la coupe on reconnaît un lipome réticulé ; il est constitué histologiquement par un tissu fibreux entre les éléments duquel on voit çà et là un tissu lâche contenant des lobules adipeux ; on distingue de nombreux faisceaux musculaires lisses. La masse de la tumeur est un simple lipome. On peut donc affirmer qu'il s'agit ici d'une tumeur formée sur le ligament rond et que l'on peut dénommer histologiquement : lipome réticulé à enveloppe fibreuse envoyant entre les lobules des cloisons cellulo-fibreuses.

OBSERVATION VIII

Polaillon. *Bulletin de la Société de chirurgie*, 1891.

Dame environ 45 ans. Tumeur ayant débuté il y a un certain nombre d'années à la partie supérieure de la grande lèvre gauche par un épaississement dur qu'on ne pouvait attribuer à aucune cause traumatique ou autre. Il y a quatre ans, la tumeur avait le volume du poing, elle était indolente. Puis elle acquit de telles dimensions que l'ablation devint indispensable.

En effet la tumeur était aussi grosse que la tête d'un enfant de un à deux ans. Elle s'implantait sur la grande lèvre gauche qui se confondait avec elle et lui formait un pédicule. Puis elle s'élargissait en forme de poire et descendait jusqu'au tiers inférieur de la cuisse. La peau de la grande lèvre s'étalait à sa surface. Les poils étaient très espacés. Son derme n'était pas hypertro-

phié. Il ne s'agissait pas d'éléphantiasis ni d'un molluscum pendulum. La tumeur était régulièrement bosselée nullement réductible. Sa consistance était assez ferme, la peau glissait à sa surface. Au dessus d'elle on sentait au niveau de la grande lèvre un cordon dur s'engageant dans le canal inguinal, pas de hernie. Par exclusion diagnostic : tumeur fibreuse de la grande lèvre, pas de douleur, mais insupportable par son volume. poids et gène.

Opération le 29 juin. Masse fibreuse blanche se prolongeant dans le canal inguinal sous forme d'un cordon gros comme l'index. C'est le ligament rond hypertrophié. Peritoine formait une gaine autour de lui. Tumeur pas enveloppée par gaine séreuse, mais par tissu cellulaire lâche qui permettait le glissement de la peau.

Fibromyome développé au niveau de l'insertion du ligament rond dans le sac de Broca.

OBSERVATION IX

Guinard, *Revue de chirurgie*, 1898.

A. Marie, 35 ans, femme de chambre, célibataire, entre le 30 janvier 1897 dans le service du professeur Terrier pour se faire opérer d'une tumeur de la grande lèvre gauche.

A l'âge de 20 ans environ, la malade s'aperçut un jour qu'elle portait dans l'aine gauche une tumeur du volume d'un œuf de poule; elle fit cette découverte par hasard, peut être à la suite d'une certaine gêne mais sans avoir éprouvé en ce point la moindre souffrance.

Sept ou huit ans plus tard, cette tumeur ayant acquis un volume plus considérable, mais très lentement, la malade con-

sulta un médecin qui ordonna des applications de teinture d'iode. Un peu plus tard la tumeur commença à descendre vers la grande lèvre : un médecin ordonna un bandage qui ne put être supporté, le bandage ne provoquait pas de douleur, mais simplement de la gêne pendant la marche. A ce moment au dessus de cette tumeur qui tendait à descendre dans la grande lèvre on en trouvait trois ou quatre autres de volume variable, les unes grosses comme une noix, les autres plus petites. Chacune de ces tumeurs avait fait son apparition dans la même région que la grosse et tendait à présenter la même migration.

Toutes étaient successivement apparues comme si elles étaient sorties du ventre, très petites d'abord, plus grosses ensuite. Le point où elles apparaissaient, qui correspond à l'orifice externe du canal inguinal, était toujours très sensible, la malade éprouvait toujours là comme une fatigue.

Ces tumeurs ont continué à s'accroître en nombre et en volume, à descendre plus bas dans la grande lèvre sans que la malade s'en soit autrement préoccupé.

Cependant en novembre 1896, les règles qui, depuis plusieurs années étaient régulières, disparurent; les tumeurs commencèrent en même temps à être douloureuses et à augmenter de volume. Chaque jour, à plusieurs reprises la malade éprouvait des tiraillements dans les aines, des élancements dans la grande lèvre avec irradiations dans la cuisse. La tumeur dans son ensemble avait grossi, non que chacune de ses parties fut plus volumineuse, mais à cause d'un gonflement de toute la région.

A ce moment seulement il y eut quelque gêne pendant la marche.

De tout temps, l'influence de la menstruation sur les tumeurs a été manifeste; celles-ci grossissaient et devenaient douloureuses avant l'apparition des règles, pendant les règles ; ces symptômes persistaient et ne disparaissaient qu'après elles.

État actuel. — La malade étant couchée, la grande lèvre gauche pend, elle a la forme d'une poire à grosse extrémité inférieure et retombe jusqu'au voisinage de la région anale. La peau n'offre aucune altération autre qu'une légère dilatation du réseau veineux.

Par la palpation on constate que la tumeur est constituée par une série de nodosités présentant des contours arrondis, leur volume varie d'un pois à une pomme d'api ; elles sont au nombre de cinq ou six. Les plus grosses sont lobulées, certaines d'entre elles sont fusionnées, d'autres au contraire sont simplement reliées entre elles par des tractus fibreux.

Toutes sont mobiles et passent facilement de la grande lèvre dans la région inguinale ; on peut les ramener presque jusque dans le canal inguinal ; l'une d'entre elles grosse comme un pruneau peut facilement être chassée de haut en bas et de bas en haut en la prenant entre le pouce et l'index. Cette tumeur ne peut être introduite dans l'intérieur du canal inguinal. Ces tumeurs sont dures, mais présentent cependant, lorsqu'on les fixe, une certaine dépressibilité ; elles sont absolument indolentes au palper.

Rien sur la lèvre droite.

Antécédents. — Réglée à 15 ans, régulièrement jusqu'à 18 ; puis arrêt pendant un an et demi, puis de 20 à 27 ou 28 ans, les règles disparurent toutes les années du mois de novembre au mois de mai ; pas de phénomènes douloureux du côté de la tumeur pendant ces périodes. A partir de 28 ans, règles normales jusqu'en novembre 1896, époque où elles ont cessé de se montrer.

P. Tessier porte le diagnostic de fibrome du ligament rond.

Opération...

Examen macroscopique. — Poids 160 grammes, enveloppe fibreuse épaisse, résistante, transparente, qui semble formée par

l'épanouissement du ligament rond. Des vaisseaux fins rampent dans son épaisseur. La portion inférieure la plus volumineuse de la tumeur est constituée par l'assemblage de six lobules, les uns sphériques, les autres ovoïdes, indépendants les uns des autres pour la plupart réguliers et lisses, les autres présentent des bosselures petites et inégales. Ils varient du volume d'une noix à celui d'un petit œuf de poule. Quelques-uns de ces lobules sont réunis par groupe de deux ou trois, dans une même tunique fibreuse contenue dans la première enveloppe et se continuant avec elle.

Au dessus de cette sorte de grappe se voit une tumeur grosse comme le petit doigt irrégulière, renflée à son extrémité supérieure qui est arrondie, elle présente une enveloppe celluleuse spéciale. Enfin à la partie supérieure de la pièce, rattachée seulement au reste de la tumeur par une membrane fibreuse, se trouve une tumeur bilobée, irrégulière, très mobile, également pourvue d'un revêtement celluleux qui peut glisser sur elle.

Le ligament rond un peu aplati offre le volume d'une plume d'oie au point où il a été coupé, il s'évase un peu plus bas, se dissocie pour jeter sur l'enveloppe fibreuse commune des tractus fibreux assez grêles et peu nombreux qui constituent comme des points de renforcement de cette membrane. C'est par l'intermédiaire de semblables tractus fibreux qui parcourent les diverses membranes que les lobules adhèrent à elle, c'est également sur le trajet de ces tractus que l'on peut voir dans la partie supérieure de la pièce de petite tumeurs variant du volume d'un pépin à celui d'un noyau de cerise.

De l'examen microscopique le professeur Cornil conclut à un fibro-myome. Les vaisseaux sont pourvus d'une paroi propre. Sur les coupes des gros lobules se montrent des altérations vasculaires. C'est d'abord sur les artérioles d'un certain volume des lésions très avancées d'endartérite qui oblitèrent plus ou moins

ces vaisseaux. De plus, sur les petites artérioles, mais surtout sur les capillaires, on aperçoit une prolifération abondante de l'endothélium. La lumière des capillaires est très élargie tantôt complètement oblitérée par les cellules endothéliales proliférées tantôt incomplètement ; dans ce dernier cas, on y voit soit des globules sanguins, soit une masse finement granuleuse incolore.

En certains points de la coupe, près de la membrane d'enveloppe principalement, on remarque de grandes vacuoles dont quelques-unes mesurent deux millimètres de longueur, un millimètre de largeur. La paroi de ces vacuoles reproduit la structure des capillaires ; elle est formée par une membrane conjonctive qui supporte plusieurs couches de cellules endothéliales : on peut d'ailleurs trouver dans une même coupe tous les stades intermédiaires entre les capillaires normaux et ces vacuoles. Cependant quelques vacuoles ne montrent pas de paroi propre, d'autres ont une paroi incomplète, d'autres enfin présentent un endothélium proliféré à côté d'un endothélium normal. Presque toutes contiennent des masses granuleuses, aucune ne renferme des globules sanguins.

OBSERVATION X

Heydemann. *Deut. Zeitsch. f. Chir.*, 41, p. 425, citée par Guinard.

La malade J..., de Furth, est une femme de quarante-quatre ans, toujours bien portante dans son enfance ; elle fut atteinte de typhus à 18 ans Depuis lors elle souffre d'une certaine tendance au vomissement. Les règles ont toujours été régulières, elle revenaient toutes les quatre semaines, les dernières s'étaient montrées trois jours auparavant. La malade a eu deux accouchements

normaux. Depuis plusieurs années elle remarquait tout de suite, avant le commencement des règles, chaque fois, un déchirement et des tiraillements dans la région inguinale droite et ces douleurs disparaissaient en même temps que les règles.

A l'automne de l'année précédente elle ressentit, en soulevant un objet pesant, une douleur subite et aiguë dans la région de l'aine droite. En palpant cette région elle remarqua là la présence d'une petite tumeur dont elle n'avait jamais souffert auparavant. Le médecin consulté avait porté le diagnostic de hernie inguinale irréductible. On ne constate aucune augmentation de volume de la tumeur. Sur les conseils du médecin la malade se décida à une opération.

Etat actuel. — Femme un peu pâle, à pannicule adipeux bien développé, ossature délicate. Dans le tiers supérieur de la grande lèvre droite on trouve une tumeur du volume d'un œuf de pigeon, résistante, à surface lisse, présentant la forme d'un œuf sous une peau normale et légèrement déplacée. Elle s'étend au dessus du ligament de Poupart jusqu'à l'anneau inguinal externe. Par une palpation soigneuse on découvre nettement un cordon en forme de pédicule qui va de la tumeur à la cavité abdominale. La palpation de la tumeur est indolore, son mat a la percussion, pas de fluctuation.

La tumeur ne se réduit pas dans l'abdomen. Palpation du ventre indolore. Constipation. Cœur et intestin normaux.

Opération. — Isolement facile de la tumeur ; au pôle supérieur pédicule épais comme un crayon étendu jusqu'à l'orifice externe du canal inguinal. Tissu graisseux environnant est en connexion intime avec ce cordon.

Examen macroscopique. — La tumeur, qui pendant l'examen clinique s'était manifestée comme une hernie inguinale externe irréductible, est en partie enveloppée d'un feuillet péritonéal pariétal et viscéral.

Le ligament rond dont la coupe transversale montre des lumières vasculaires relativement volumineuses, est situé en dehors du processus vaginal non oblitéré qui finit sur la tumeur comme cela se passe pour le testicule. Le ligament rond pénètre directement la tumeur. Celle-ci sur une coupe transversale, se montre comme une tumeur conjonctive, dure, fibrillaire, avec la structure d'un fibro-myome de l'utérus. Sur la tumeur enlevée, la portion du pédicule extirpée avec elle se ratatine et se réduit presque à rien. Le pédicule est manifestement très élastique et contractile. L'examen microscopique confirme le diagnostic de fibro-myome. Il s'agit d'un fibro-myome du ligament rond droit à sa terminaison.

OBSERVATION XI

Nicolaysen. *Norsk. Magazin. for. Laeg*, XII, B. D., 9, Helf, 651.

D'après Sanger, cité par Guinard, a récemment décrit une hydrocèle bilatérale du processus vaginal du péritoine chez une jeune fille de quatre ans et demi ; des deux côtés l'extrémité antérieure du ligament rond offrait le volume d'une fève aplatie.

OBSERVATION XII

Paul Bouchet. *Bulletins et mémoires de la Société anatomique de Paris*, mars 1904, p. 215.

Voici une petite tumeur que M. Marion a enlevée ces jours derniers à une malade. Elle siégeait au niveau de la partie

extra abdominale du ligament rond droit, à son épanouissement dans la grande lèvre. Grosse comme une noix, elle était dure, très douloureuse au moment des règles, datait d'environ deux ans ; elle n'était pas lisse et nettement arrondie, mais lobulée. On porta le diagnostic de fibrome du ligament rond. L'ablation fut très facile. Mais l'examen histologique ménageait une surprise.

Examen par Cornil. — Des coupes transversales ont été faites dans le point où le ligament rond paraissait le plus épaissi et nous avons vu au milieu d'un tissu fibreux dense contenant des fibres musculaires lisses et des faisceaux épais de tissu conjonctif, des îlots glandulaires ou pseudo-glandulaires au milieu d'un tissu conjonctif riche en petites cellules. Sur une coupe transversale totale du ligament rond on a trouvé quatre ou cinq de ces îlots.

Ces îlots étaient constitués par des sections transversales ou longitudinales ou obliques de tubes tapissés à leur intérieur par des cellules d'épithélium cylindrique.

Des tubes coupés en travers les plus petits avaient à peu les dimensions d'un tube urinifère de la substance corticale; d'autres étaient beaucoup plus grands ; on pouvait suivre des coupes longitudinales ou obliques de ces tubes suivant une certaine étendue; ils étaient tous tapissés par une couche unique de cellules cylindriques tantôt longues dépourvues de cils vibratiles, tantôt cubiques, jamais aplaties. Ces cellules sont implantées sur un tissu conjonctif à cellules minces contenant des cellules conjonctives sans qu'il y ait de membrane basale évidente. L'ensemble d'un îlot de ces tubes montrait tout autour d'eux un tissu très riche en faisceaux de cellules conjonctives.

Dans certains de ces tubes, il y avait à leur intérieur et à la surface des cellules à cils vibratiles conservés des leucocytes mono et polynucléaires Cependant. à leur niveau, la couche épi-

théliale était conservée : on pouvait y voir des globules blancs s'infiltrant dans la couche épithéliale. Il y avait en outre de ces îlots des lacunes plus volumineuses, plus étendues, tapissées par les mêmes cellules cylindriques. Ces débris embryonnaires se trouvaient seulement au milieu de la masse.

OBSERVATION XIII

Lewis. *Amer. Journ. of. obstet.*, N Y, 1903, p. 200.

Mme J..., âgée de 28 ans, vue le 6 septembre 1901, à l'hôpital Sibley ; mariée depuis onze ans ; pas d'enfants, pas de fausses couches. Menstruation normale. Sa santé avait toujours été bonne auparavant, et à cette époque, c'était une femme bien nourrie, en parfaite santé, sauf qu'elle avait une tumeur de la grosseur d'une noix, située dans l'aine droite et s'étendant jusque dans la grande lèvre droite. Cette tumeur, elle la constata elle-même la première année de son mariage, onze ans avant son entrée à l'hôpital. A cette époque, elle était environ la moitié de la grosseur actuelle et par conséquent l'accroissement en était très lent.

A l'examen, je trouvais une masse ferme et noueuse sur l'anneau inguinal externe s'étendant en bas jusque dans la grande lèvre droite. Il n'y avait aucune impulsion produite par la toux ; on n'avait jamais essayé d'en faire la réduction ; aucune nausée ni sensation douloureuse à la pression ; il n'y avait jamais eu d'obstruction intestinale, pas de sonorité à la percussion. Les ganglions lymphatiques pouvaient être facilement distingués et n'étaient pas engorgés. La tumeur ne changeait pas au moment des règles.

Tel était mon premier cas et j'étais embarrassé dans mon

diagnostic ; cependant, je le considérais comme étant probablement une tumeur du ligament rond.

Une incision fut faite, assez grande, s'étendant depuis le point situé au niveau de l'orifice inguinal externe jusque sur la portion proéminente de la tumeur. On rencontra tout d'abord une masse de graisse, puis une fois la dissection plus profonde, on trouva un amas en grappe de tissus vivants attachés très solidement à la crête du pubis le long de l'insertion du ligament rond. Quand la tumeur fut retournée, je découvris le ligament et l'ayant dégagé je le fixais par un point de suture au catgut sur l'anneau inguinal externe ; la blessure fut fermée et sa guérison fut prompte et satisfaisante. Je vis la malade peu de temps après, elle n'avait ressenti aucun trouble depuis l'opération.

A l'examen cette excroissance fut trouvée constituée par de la graisse, autour d'elle étaient placées cinq ou six petites tumeurs possédant chacune une enveloppe grise, unie et fibreuse qui, une fois ouverte laissait voir un liquide clair et mucilagineux. Je soumettais le spécimen au docteur Wallace Johnson pour qu'il l'examine au microscope. Il en fit un myxo-fibrome.

OBSERVATION XIV

Nebesky. *Monat. f. Gebur. u. Gyn.*, Berlin, 1903, 17, p. 441.

N. A..., âgée de 42 ans, VIIpare, a toujours été bien portante auparavant. Tous ses accouchements se sont fait spontanément. Dernier il y a neuf ans. A son dire elle a eu toujours de la fièvre pendant ses suites de couche.

Réglée à 13 ans, autrefois règles toujours régulières, paraissant toutes les trois semaines durant six à sept jours, abondantes.

Depuis trois ans elle sont très douloureuses ; en outre depuis cette époque elle perd un peu dans l'intervalle.

Depuis un mois elle perd continuellement un peu par la vulve.

Il y a 13 mois la malade a remarqué pour la première fois une grosseur au niveau des parties génitales externes qui a augmenté lentement, elle est restée stationnaire depuis cinq mois, elle ne causait aucune gêne.

Etat actuel. — Femme petite, de constitution faible, maigre, d'un aspect anémique. Cœur et poumons sains ; seins petits, atrophiés ; peau de l'abdomen grasse ; sur l'abdomen aucune région sensible ou résistante. Dans la grande lèvre gauche on sent une petite tumeur de la grosseur du poing d'un homme, d'une consistance assez ferme et d'une surface lisse, s'étendant à droite jusqu'à la partie supérieure et qui dépasse en arrière la commissure postérieure. Les organes génitaux externes et le vagin ne présentent rien de particulier. A l'orifice externe de l'utérus se trouve un polype gros comme une noix dont le pédicule paraît partir de la paroi postérieure du col.

Le doigt pénétrant dans le canal cervical, sent plus haut dans le col un polype large, ayant la forme d'une langue.

Utérus gros, rétrofléchi, mobile, se laissant facilement amener en anteflexion. Les annexes de l'utérus sont libres.

Diagnostic. — Rétroflexion de l'utérus. Polypes du col. Tumeur de la grande lèvre (provenant peut-être de la glande de Bartholin ?)

Opération. — La tumeur se laisse énucléer facilement. Du pole supérieur de la tumeur part un pédicule qui se laisse suivre nettement dans le canal inguinal. Il fallait abandonner l'hypothèse d'une tumeur de la glande de Bartholin et la tumeur fut regardée comme provenant de la partie périphérique du ligament rond.

Les suites de l'opération furent normales, en faisant abstrac-

tion d'une légère élévation de température les deux ou trois jours après l'opération.

La tumeur enlevée est de forme arrondie, du volume d'une pomme de grosseur moyenne, et elle est entourée sur toute sa périphérie d'une capsule dure. A la coupe elle présente une couleur uniformément rouge, blanc et une consistance ferme. Nulle part on ne trouve de cavités. L'examen microscopique en fait un fibromyome typique avec une forte prédominance d'éléments musculaires et d'une médiocre richesse en vaisseaux.

OBSERVATION XV

Hecker. *Inaug. Dissert.*, Leipsig, 1882. Résumée d'après Sanger, citée par Guinard. — *Myome du ligament rond.*

Femme de quarante ans, multipare. Etant enfant cette femme portait déjà sur la grande lèvre droite une tumeur du volume d'une noisette, depuis sa 31e année la tumeur avait subi un accroissement lent. Tumeur d'abord mobile, réductible, en dernier lieu encore mobile non réductible. Elle a toujours été le siège de douleurs pendant les règles. Cette tumeur siège au devant du canal inguinal, n'est pas fluctuante.

Diagnostic. — Hernie inguinale droite externe avec noyau epiploïque épais.

Opération par le professeur Schmit. Incision de 15 centimètres de longueur. Après ouverture du sac herniaire on aperçoit une tumeur solide à son intérieur. Le sac et la tumeur sont enlevés ensemble ; on constate que le sac contient deux tumeurs avec trois pédicules ; l'une de ces tumeurs est l'ovaire droit congénitalement hernié, l'autre est un myome du ligament rond droit. Le premier des pédicules appartient à l'ovaire, le deuxième

représente le ligament large et le troisième soit le ligament rond, soit un pédicule se rendant à celui-ci. Les pédicules furent liés et abandonnés. Poids du myome 330 grammes, largeur 10 centimètres, longueur 11 centimètres et demi. Guérison au bout de trois semaines. Règles réapparaissent six semaines après.

OBSERVATION XVI

Witte, *Centralb. f. Gynaek*, n° 34, p. 873. *Geselsch fur Geburst und Gynaek. zu Berlin*, 22 juin 1894, d'après Guinard.

Il s'agit d'une femme de 31 ans, vierge, qui depuis deux ans ressent des douleurs et constate l'apparition d'une tumeur dans l'aine gauche. Au début cette tumeur ayant été prise pour une hernie un bandage fut prescrit à la malade qui le portait encore il y a six semaines.

Dans ces derniers temps la tumeur devint plus grosse et provoqua de vives douleurs ; la malade réclama un autre traitement et une intervention chirurgicale fut décidée.

On pratiqua d'abord la laparotomie pour enlever un kyste de l'ovaire adhérent au bassin et dans un deuxième temps on libéra la tumeur sous le ligament de Poupart. On vit alors que la tumeur, lobulée du volume d'un œuf d'oie environ, se continuait sans transition avec un cordon musculeux, lisse, épais comme le petit doigt qui se laissait suivre dans le bassin et était en connexion avec l'utérus. Comme il était impossible de trouver de limite entre la tumeur et ce cordon, celui-ci fut lié et suturé dans la plaie cutanée.

L'examen montre, au milieu des coupes des noyaux isolés, un ramollissement central hémorragique. La tumeur est constituée

par du muscle lisse, du tissu conjonctif, et ça et là par des foyers et des traînées de tissu adipeux.

Au milieu principalement se montre du pigment sanguin et sur les bords des agglomérations de cellules rondes En rapport avec les foyers de ramollissement central on voit des masses nécrosées avec un abondant pigment sanguin.

OBSERVATIONS XVII ET XVIII

Tumeurs fibreuses du ligament rond présentées à la Société pathologique de Londres, par Spencer Weells, le 17 novembre 1865. *British medical journal*, 4 nov. 1865, citées par Duplay.

I. — L'une de ces tumeurs présente le volume d'une grosse orange et a été extirpée il y a un an environ. Elle a été prise par différents chirurgiens pour une hernie ou pour une tumeur glandulaire, enfin pour une tumeur de mauvaise nature. Mais cette tumeur était indolente, mobile, ayant augmentée lentement, les parties voisines étaient restées absolument intactes.

L'extirpation fut faite avec un plein succès.

II. — Dans le second cas la tumeur présentait le volume d'une petite noix de coco et ressemblait absolument à la précédente. Extirpation également suivie de guérison.

Dans les deux cas la tumeur siégeait dans la région inguinale droite.

CONCLUSIONS

Nous pouvons donc d'après nos recherches bibliographiques, terminer cette courte étude sur les tumeurs extra-inguinales du ligament rond, par les conclusions suivantes :

I. — Ces tumeurs, connues depuis peu de temps, *sont plus fréquentes que bien des auteurs le prétendent.*

II. — Leur *pathogénie* est comme celle des fibromes utérins dont on peut les rapprocher dans bien des cas, *encore fort obscure.*

III. — On peut trouver à ce niveau, différents types anatomo pathologiques, mais les fibro-myomes sont les plus nombreux ; ils peuvent du reste subir des dégénérescences variées.

IV. — Les symptômes qu'elles présentent sont en général assez nets pour permettre *de les reconnaître.*

V. — *On pourrait cependant les confondre avec cer-*

taines affections, par exemple, avec un ovaire hernié, une épiplocéle irréductible, mais par un examen attentif on leur trouve des caractères différentiels.

VI. — Leur marche est en général lente mais continue, aussi le chirurgien doit-il intervenir. *Le meilleur traitement à leur appliquer, est l'extirpation.*

Vu : le Doyen,

DEBOVE.

Vu : le Président,

LE DENTU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

Amourel. — Thèse de Paris, 1882.

Aumoine. — Thèse de Paris, 1876. Tumeurs solides des grandes lèvres.

Bayle. — Dictionnaire en 60 volumes. Paris, 1813.

Beurnier. — Thèse de Paris, 1886. Ligaments ronds de l'utérus.

Bouchet (*P.*). — Bulletin de la société anatomique de Paris, mars 1904, p. 215.

Delbet et *Héresco.* — Revue de chirurgie, 1896.

Dubrisay et *Jeannin.* — Précis d'accouchement.

Duplay. — Archives générales de médecine, 1882. Contribution à l'étude des tumeurs du ligament rond, p. 156.

Emanuel. — Uber Tumoren des ligamentum rotundum utéri. Zeitschrift, f. Gebursth u Gynaek. Stuttgard, 1902-03, 48. p. 383.

Forgue. — Précis de pathologie externe. Tome II.

Guilhaumon. — Des kystes du canal. Nuck. Thèse de Lyon, 1900

Guinard — Revue de chirurgie de 1898. Tumeurs extra-abdominales du ligament rond.

Labadie, *Lagrave* et *Legueu*. — Traité médico-chirurgical de gynécologie.

Lewis. Tumor of the round ligament of the utérus Am. J. Obst. N Y. 1903. 48, p. 198.

Morestin. — Bulletin de la société anatomique de Paris, novembre 1904, p. 721.

Nebesky. Zur Kasuistik der von ligamentum rotundum uteri ausgehenden Neulbidungen. Monatschrift fur gebursth u. Gynaek. Berlin, 1903, 17, p. 441.

Poirier. — Traité d'anatomie. Organes génitaux de la femme.

Polaillon. Bulletin de la société de chirurgie, 1891, p. 551.

Pozzi. — Traité de gynécologie

Roustan. — Montpellier, médical, 1884.

Raynaud. — Thèse Montpellier. 1898. Contribution à l'étude clinique des tumeurs du ligament rond.

Reboul. Bulletin de la société anatomique, 1888.

Sanger. — Arch. f. Gynaek, 1883. Nouvelle contribution à l'étude des tumeurs conjonctives du ligament de l'utérus et principalement des tumeurs du ligament rond.

Simon, *Duplay* et *Reclus*. - Traité de chirurgie. Tome VIII.

Testut. — Traité d'anatomie humaine.

Tillaux. — Traité d'anatomie topographique.

Valude. — Progrès médical de 1884, p. 148.

Velpeau. — Dictionnaire en 30 volumes. XV

Paris. — Imprimerie Henri Jouve, 15, rue Racine.